Lane Medical Library
187

Ueber

Choroiditis chronica.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät der Universität Greifswald

am 27. Juli 1875.

öffentlich vertheidigen wird

Heinrich Beyer,

aus Schlesien.

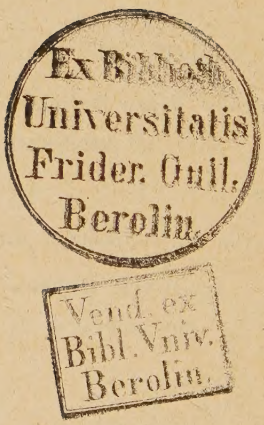
Opponenten:

J. Schibalsky, Dr. med.
S. Boeckmann, Drd. med.
L. Fiekel, Drd. med.

Greifswald.

Druck der Universitäts-Buchdruckerei von F. W. Kunike.

1875.


Ex Bibliotheca
Universitatis
Frider. Guil.
Berolin.

Vend. ex
Bibl. Univ.
Berolin.

Seinen theuren Eltern

und

seiner geliebten Tante

Frau **Fr. Schneider**

in Dankbarkeit und Liebe

gewidmet

vom

Verfasser.

Wenn auch Choroidealerkrankungen der mannigfachsten Art und mit den verschiedensten Complicationen leider nicht gerade zu den Seltenheiten gehören, vielmehr besonders in Kliniken immer noch ein grosses Kontingent stellen, und wenn ferner auch die Diagnose derartiger Leiden von einem geübten Practiker wohl immer mit ziemlicher Sicherheit wird gestellt werden können, so halte ich doch trotzdem den Fall, den ich im Folgenden eingehend erörten werde, vollkommen für würdig, vor das Forum der Oeffentlichkeit gebracht zu werden, zumal derselbe einen so interessanten und von der Mehrzahl der Choroidealleiden abweichenden Verlauf zeigte, und auch die gewöhnlichen ätiologischen Momente gar keinen Anhalt bei der Diagnose gewährten. Der in Rede stehende Fall wurde im Laufe des Monat Juni in der hiesigen Augenklinik behandelt, und hatte Herr Professor Dr. Schirmer die Güte, mir denselben zur Veröffentlichung zu überlassen, wofür, sowie für die mir bei der Bearbeitung gewährte freundliche Unterstützung ich diesem, meinem hochverehrten

Lehrer hiermit meinen Dank öffentlich ausspreche. Das Krankheitsbild nun ist folgendes:

Patient, Theodor Z., 14 Jahre alt, Sattlerlehrling aus Promoisel bei Sagard erkrankte in seinem sechsten Lebensjahre an den Masern, von denen er nach kurzer Zeit wieder völlig genas. Andere Kinderkrankheiten will er nicht überstanden, vielmehr sich stets wohl befunden haben. Auch Augenentzündungen irgend welcher Art habe er in seinen ersten Lebensjahren nie gehabt. Von seinen beiden Eltern ist der Vater eines freiwilligen Todes gestorben. Derselbe war Wirthschafter und soll sich stets einer guten Gesundheit erfreut haben; an den Augen hat er nicht gelitten. Ebenso auch nicht seine noch lebende 50jährige Mutter, die nur zum Lesen sich einer Brille bediene. Auch seine sechs Geschwister sollen sich einer guten Gesundheit und besonders eines stets guten Augenlichtes erfreuen. Die äusseren Verhältnisse der Familie unseres Patienten bezeichnet dieser selbst als sehr gute. In seinem fünften Lebensjahre, also vor ungefähr neun Jahren und noch vor seiner Erkrankung an den Masern, nahm ohne irgend eine nachweisbare Veranlassung das Sehvermögen auf dem linken Auge, mit dem Patient bis dahin ebenso gut, wie mit seinem rechten Auge hatte sehen können, und an dem er nie irgend welche krankhafte Zustände wahrgenommen hatte, ziemlich rapide ab, so dass, als ihm die Eltern eines Tages einmal etwas vor das betreffende Auge gehalten hätten, er nichts mehr habe erkennen können; nur Dunkelheit und Helle habe er noch deutlich empfunden. Ob aber

Wochen oder Monate im Verlaufe dieser Erkrankung verflossen seien, darüber weiss er nichts Bestimmtes anzugeben, zumal er während der ganzen Zeit vollkommen frei von Schmerzen gewesen sein will; doch soll der Process nicht sehr lange Zeit bis zu seiner Höhenentwickelung gebraucht haben. Ihm und auch seinen Eltern soll es während des ganzen Verlaufes vorgekommen sein, als wenn das Auge immer grösser würde, „gleichsam wie wenn es aus der Augenhöhle hervorwüchse.“ Röthung des Auges oder sonstige auffallende, äussere Kennzeichen der Erkrankung sollen dabei nicht vorhanden gewesen sein. Der Augapfel habe damals zuerst eine gewisse Härte gehabt, sei aber längere Zeit darauf bald hart, bald weicher gewesen. Da unser Knabe nun mit dem rechten Auge nach wie vor sehr gut, sowohl in die Ferne, wie in der Nähe sah, so besuchte er von seinem sechsten Lebensjahre an gern und regelmässig die Schule. Eine Verbesserung oder Verschlechterung des Sehvermögens auf dem linken Auge konnte er in der ganzen, darauf folgenden Zeit nicht wahrnehmen und suchte er auch, da er nie Schmerzen empfand, keine ärztliche Hilfe nach. Der Zustand blieb derselbe, bis er vor ungefähr drei Jahren von einem Spielkameraden einen Schlag in das kranke Auge erhielt. In Folge dessen soll einige Flüssigkeit aus dem Auge geflossen sein, worauf dasselbe merklich kleiner geworden. Wie die Flüssigkeit beschaffen gewesen, oder ob irgend wo an einer Stelle eine Oeffnung im Bulbus gesehen worden ist, darüber konnte ich vom Patienten Nichts erfahren. Schmerzen

und andere von dem früheren Krankheitsbilde abweichende Erscheinungen wurden auch nach diesem traumatischen Einfluss ausser dem Kleinerwerden des Bulbus nicht wahrgenommen. Das Ereigniss ging ohne besondere Nachwirkung vorüber. Zu Ostern dieses Jahres ging Patient nach Sagard, um daselbst das Sattlerhandwerk zu erlernen Kaum aber war er etwa fünf Wochen in der Lehre, so traten zum ersten Male, verbunden mit reichlichem Thränenfluss und Röthung des Auges plötzlich ziemlich heftige Schmerzen im kranken Auge, im Ohre der betreffenden Seite, sowie in der Schläfengegend auf, die ihn ärztliche Hülfe in Anspruch zu nehmen nöthigten. Er erhielt von einem Arzte einige Tropfen einer Flüssigkeit ins Auge und eine Salbe zum Einreiben der Augenlider, worauf einige Tage später die Schmerzen nachliessen und bald ganz wieder verschwanden. Der Thränenfluss jedoch, sowie die Röthung des Augapfels blieb noch längere Zeit in mässigem Grade bestehen. Aus Furcht nun, es möchte seine Beschäftigung auch noch zur Erkrankung des gesunden Auges führen, verliess Z. zu Pfingsten wieder die Lehre und kehrte zu seiner Mutter zurück, wo er bis zu seiner Aufnahme in die hiesige Augenklinik, die am 7. 6. 75. erfolgte, verblieb. Der Grund, weshalb er hier her kam, ist, dass er hoffte, durch eine Operation mit dem linken Auge wieder besser sehen zu können.

Status praesens vom 10. Juni 75.

Patient Z. ist von seinem Alter entsprechender Grösse, zartem, wohlproportionirtem Körperbau; der

panniculus adiposus ist mässig entwickelt; die Wangen zeigen eine gesunde frische Röthe Ein anämischer Zustand ist nach dem Befunde auf den sichtbaren Schleimhäuten auszuschliessen. Am rechten Auge bieten weder die Schutzorgane desselben, noch dieses selbst irgend etwas Auffallendes und Abnormes.

Um so mehr Erscheinungen zeigt uns das linke Auge. So fällt uns zunächst ein ziemlich beträchtliches Oedem der Lider auf, das kaum die Cornea in der rima palpebrarum durchschimmern lässt. Daran reiht sich eine starke conjunctivale und subconjunctivale Injection. Die Hornhaut erscheint getrübt und wie mit einem bläulich mattem Hauche übergossen; Defecte oder maculae sind auf derselben jedoch nicht wahrzunehmen. Auch ist die Cornea in allen ihren Durchmessern stark hervorgewölbt; demgemäss ist auch die vordere Augenkammer sehr tief, da Iris und Linse nicht zugleich mit vorgedrängt sind. Die Iris ist grünlich verfärbt, — die des rechten Auges ist blau — und besteht zugleich starke Mydriasis. An der Pupille fällt sofort ein dem sog. amaurotischen Katzenauge ähnliches, eigenthümlich gelbliches Leuchten auf. Der Augapfel ist merklich vergrössert, was man sowohl an der beträchtlichen Prominenz desselben, als auch an der sichtbaren Scleralparthie leicht erkennen kann. Die Sclera ist in Folge dieser Grössenzunahme des Auges dünner und bläulich durchscheinend. Bei der Prüfung des Tonus des kranken Auges erkennt man leicht, dass dasselbe trotz der Vergrösserung erheblich weicher ist, als das rechte.

Nachdem man nun einmal derartige üble Erscheinungen hatte constatiren können, konnte es nicht mehr auffallen, dass auch die Prüfung des Sehvermögens so ungünstige Resultate gewährte. Es zeigte sich nämlich dabei, dass unser Patient mit dem kranken Auge Tageshelle nicht mehr von Dunkelheit unterscheiden konnte, dass es aber schien, als ob beim Vorhalten eines grelleren Lichtes, des Lampenlichtes, noch eine minimale Empfindlichkeit der Retina vorhanden sei, wenigstens konnten damit noch einigermassen zutreffende Antworten von ihm erlangt werden. Ob aber diese schwache Function wirklich noch der Netzhaut zuzuschreiben ist, oder vielmehr der durch die Flamme bewirkten Wärmestrahlung, die ja leicht dem Patienten die vorhandene Lampe verrathen kann, lasse ich dahingestellt.

Die ophthalmoscopische Untersuchung des linken Auges ergab Folgendes: Die Linse war ungetrübt; in der Mitte des Augenhintergrundes zeigte sich eine gelbliche, hellschimmernde, nicht höckerige Fläche, hinter der das Auge Nichts weiter mehr erkennen konnte. Bei seitlicher Beleuchtung zeigte sich ferner um diese helle Fläche ein bläulich schimmernder Rand, der jedenfalls auf die bereits erwähnte Kerectasie zurückzuführen ist.

Vergleichen wir nun, ehe wir den Fall weiter bis zu Ende beobachten, zur Feststellung der Diagnose alle diese Erscheinungen mit einander und mit uns bekannten Krankheitsbildern, so werden wir leicht drei verschiedene, pathologische Processe in Verdacht

ziehen können. Dass ein entzündliches Leiden vorliegt, darauf weist uns schon die Conjunctivitis, die grünliche Irisverfärbung, sowie das Lidödem hin. Es muss aber ferner auch eine Inhaltszunahme stattgefunden haben, wie solches aus den übrigen, geschilderten Symptomen und namentlich aus der Vergrösserung und Prominenz des Bulbus erhellt. Da endlich auch noch im Beginne der Erkrankung eine Tonusvermehrung stattgehabt haben soll, was allerdings als subjective Empfindung des Patienten nur sehr niedrig anzuschlagen sein wird, so muss man mit Recht in der Diagnose schwanken zwischen Glaucom, Neoplasma und chronischer Choroiditis. Gegen Glaucom und zwar sowohl Gl. simplex, als Gl. cum ophthalmia spricht schon das jugendliche Alter des Patienten, da man wohl das Fehlen dieses Processes bei der Jugend als Regel aufstellen muss, wenn auch zwei Fälle von Glaucom bei Kindern in der Literatur bekannt sind, wovon der eine der von Laqueur*) kurz erwähnte, der andere ein in der hiesigen Klinik von Herrn Prof. Schirmer**) an einem 12jährigen Knaben beobachtete und publicirte Fall ist. Auch die Weichheit des Bulbus könnte gegen Glaucom geltend gemacht werden, wenn man auch da die Meinung nicht wird unterdrücken können, es könnte sich hier ja um einen Ausgang des Glaucoms, wie er ja nicht vereinzelt dastehen würde, handeln. Trotzdem dürfen wir wohl vom Glaucom be-

*) Annales d'oculistique LXI p. 54.

**) Monatsbl. f. Augenheikunde Jahrg. 1871 p. 247.

sonders aus dem ersten Grunde ziemlich abstrahiren. Ein congenitales Leiden, etwa Hydrophthalmus congenitus, der lange Zeit wenig oder gar keine Reizerscheinungen hervorgerufen hätte, aus dem Krankheitsbilde diagnosticiren zu wollen, ist schon nach der Anammese vollkommen unmöglich. Die Weichheit des Auges, sowie der chronische, sechsjährige Verlauf spricht aber auch gegen Neoplasma und zwar namentlich gegen Gliom, wofür man sich doch sonst bei dem Alter des Knaben, sowie auch bei Erwägung jenes eigenthümlichen, gelblichen Pupillenleuchtens gern entscheiden würde. Letzteres galt ja bekanntlich früher fast als das sicherste Zeichen eines Fungus, bis mehrere Exstirpationen das Falsche dieser Ansicht bewiesen. So sagt Dr. Alfred Graefe*): „Es werden Sectionsresultate erwähnt, welche statt des vermutheten Fungus Entzündungsproducte und Netzhautablösung nachwiesen; in anderen Fällen fand man die Folgen von Blutergüssen, Eiterbildung im Glaskörper oder Tuberculose der Sehnervensubstanz oder der Choroidea" und führt selbst einen Fall an, in dem jener Glanz durch einen Cysticercus bedingt war. Makenzie**) gedenkt ebenfalls zunächst jener bekannten Erscheinung nach Trauma: „derrière la pupille apparaît un dépôt blanchâtre ou jaune rougeâtre, résultat d'un épanche-

*) Zur Kasuistik des amaurotischen Katzenauges. Monatsbl. für Augenheilkunde Jahrg. 1863 p. 232—244.

**) Traité pratique des mals de l'oeil, trad. p. Werlomont et Testelin T. II p. 267.

ment de lymphe plastique entre le choroïde et la rétine etc. und eines zweiten Falles erwähnt er l. c.: „le fungus était un partie contenu dans deux Kystes.“ Wir sehen also, dass verschiedene Ursachen ein sog. amaurotisches Katzenauge bewirken können, und wenn wir nun Gliom im vorliegenden Falle als unwahrscheinlich bezeichnen, so können wir das nur aus den obigen Gründen, keineswegs aber mit absoluter Bestimmtheit.

Da wir nun aber Glaucom und Neoplasma mit einiger Bestimmtheit ausschliessen können, so bleibt uns nur noch der dritte Process, die Choroiditis chronica oder sogenannter Hydrophthalmus übrig, und würde dabei die Weichheit des Augapfels auf eine Verflüssigung des Glaskörpers, jenes Pupillenleuchten aber auf ein in den Glaskörperraum gesetztes, plastisches und membranöses Exsudat zu beziehen sein. In wie weit diese Betrachtung richtig war, wird der weitere Verlauf lehren. Wegen der in letzter Zeit merklich fortschreitenden Verschlechterung des Auges wurde die Enucleatio in Aussicht gestellt, zumal eine sympathische Erkrankung des anderen Auges durchaus mit Recht gefürchtet werden musste, wie ja auch v. Graefe*) chronische Choroiditis mit als Ursache von sympathischer Ophthalmie hinstellt. Auch ein Neoplasma konnte trotz der gegenstehenden Umstände noch nicht als unmöglich, wenn auch unwahrscheinlich angenommen werden.

---

*) Monatsbl. f. Augenheilkunde Jahrg. 1863 p. 449.

Die Therapie bestand bis dahin nur in Anwendung von Adstringentien und Occlusivverband.

Nach dieser diagnostischen Erörterung will ich zur Schilderung des weiteren Verlaufes übergehen. Am 14. Juni war der gelbliche Schein im Augenhintergrunde verschwunden, jedenfalls weil in die vordere Augenkammer reichliche Blutergüsse stattgefunden hatten, und dadurch der humor aqueus getrübt war. Die Cornea erschien deshalb auch dunkelbraun und trübe gefärbt; die Iris war nicht sichtbar; Schmerzen fehlten auch jetzt noch. Reichliche Blutextravasate hatten auch aussen und besonders am oberen Rande der Cornea stattgehabt. Diese Hämorrhagieen, namentlich in die vordere Kammer dauerten auch die folgenden Tage fort. Es musste demnach eine Bruchigkeit und Erkrankung der Gefässe der vorderen Augenkammer und des Ciliarkörpers angenommen werden, die die fortdauernden Hämorrhagieen um so eher veranlassen musste, als ja der schwache intrabulbäre Druck keinen genügenden Gegendruck mehr auf die Gefässe ausüben konnte.

Unter solchen Umständen wurde denn am 16. Juni die Enucleatio von Herrn Prof. Schirmer in der Chloroformnarkose ausgeführt, zumal das Auge doch für die fernere Lebensdauer unseres Knaben verloren war, eine etwaige, secundäre, sympathische Erkrankung des gegesunden Auges aber so am ehesten verhindert werden konnte, und ausserdem die Ersetzung des hässlichen und entstellenden, kranken Auges durch ein künstliches ermöglicht wurde. Die Operation wurde in der

gewöhnlichen Weise vollzogen und verlief ohne alle Störung. Nur erfolgte unmittelbar nach der Discision des Sehnerven einige Blutung, die jedoch nach kurzer Zeit nachliess und bald gestillt war. Die gefürchtete Berstung des Bulbus trat dagegen nicht ein.

Das herausgenommene Auge hat eine länglich runde Gestalt; die vorgebuchtete Cornea erscheint wie ein Aufsatzstück, der Limbus corneae dadurch wie eingeschnürt. Der Bulbus fühlt sich an allen Stellen gleichmässig weich an und giebt somit keinerlei Anhalt an ein irgendwo befindliches Neoplasma.

Die Messung ergiebt eine entschiedene Vergrösserung des sagittalen Durchmessers; derselbe beträgt vom Mittelpunkte der Hornhaut bis zur hinteren Scleralfläche gemessen 29 mm. Der transversale Durchmesser misst 25 mm. Die Messung der Cornea ergiebt sowohl von rechts nach links, als von oben nach unten ein gleiches Mass, nämlich 14 mm. Der Diameter des n. opticus ist ohne seine Scheide gemessen 2 mm. gross, während er mit derselben 4 mm. beträgt. Der Intervaginalraum ist merklich ausgedehnt. Das noch am Bulbus befindliche, abgeschnittene Stück des Sehnerven misst 4 mm. in die Länge. Hierauf wurde mit einer Scheere das Auge in der frontalen Ebene geöffnet, wobei sich ein dünnflüssiger, leicht klebriger, braun und blutig tingirter Inhalt entleerte, der ganz den Anblick eines blutigen Detritus gewährte. Die Sclera ergab sich noch als ziemlich dick, bildete aber nur allein die Begrenzung des corpus vitreum. Sie war auf ihrer Innenfläche noch stellenweise von einem lichtbraunen

Ueberzuge bedeckt, jedenfalls Theile der lamina fusca, die ja bekanntlich die an der Aussenseite der Choroidea verlaufenden Gefässe und Nerven umhüllt. Die Netzhaut und mit ihr zugleich auch die Choroidea war in ihrer gesammten Ausdehnung bis zur ora serrata hin abgelöst und trichterförmig zusammengedrückt; die Spitze des Trichters sah nach hinten gegen die Eintrittsstelle des n. opticus, während die Basis gegen die vordere Peripherie des Auges resp. die hintere Linsenfläche gerichtet war. Im vorderen Theile der hinteren Augenkammer befand sich hinter der Linse ein ziemlich reichliches, plastisches Exsudat von dunkler Beschaffenheit, so dass die abgelöste Retina mit dieser Masse ein ganz characteristisches, pilzförmiges Aussehen erhielt. Die in einer Schale gesammelte Glaskörperflüssigkeit zeigte bald eine Schichtung und zwar eine hellere, klare, roth gefärbte Flüssigkeit an der Oberfläche und einen unkleren, feinkörnig erscheinenden Bodensatz. Die microscopische Untersuchung dieser Flüssigkeit zeigte in zahlreicher Anzahl rothe Blutkörperchen, die theils einzeln, theils haufenweise theils geldrollenartig zusammengelagert waren. Einzelne davon waren offenbar im Zerfallen. Etwas Anderes wurde im Wesentlichen nicht gefunden.

Die vordere Hälfte des Auges, vordere Augenkammer, Linse und jenes plastische Exsudat wurden erst, nachdem der ganze Bulbus längere Zeit in Chromsäure aufbewahrt worden war, untersucht. Dabei fand sich das Irisgewebe sehr pigmentarm; die Linse bröcklich weich bis auf eine kleine, festere, kalkartige

Masse und einige ganz feine, derbe Körnchen, offenbar ebenfalls aus Kalk bestehend. Im Pupillargebiete zeigt sich durch die vordere Augenkammer hindurch ein leuchtender, hellgelber Schein, der wohl auf einen Reflex der hinter der Linse gelegenen Exsudatmasse zu beziehen ist. Die microscopische Untersuchung des erwähnten Exsudates ergab nur eine Masse von fasrigen, klein- und grosszelligen Elementen; auch Pigmentkörnchen waren hin und wieder zu erkennen.

Durch die Länge des noch am Auge befindlichen Endes des n. opticus wurde nun ein Schnitt geführt und mit Loupe auf eine etwaige Excavation geprüft; es liess sich jedoch Nichts der Art nachweisen.

Nach der Operation hatte unser Patient zuerst heftige Schmerzen, die aber bald nachliessen. Die Secretion der Wunde war gering und mässig eitrig. Der Schlaf des Knaben war gut. Die Therapie bestand nur in kalten Umschlägen und Ausspritzen der Augenhöhle mit Solutio acid. carbol. Am 1. Juli wurde Patient entlassen. Die Augenlieder waren nur mässig gegen die Orbita hin eingezogen.

Gehen wir nun noch mit einigen Worten genauer auf diesen ganzen Process ein, der so ohne alle nachweisbare Ursache begann und sich zu einer so traurigen Höhe emporschwang. Fragen wir uns, wie der Vorgang bei der Entstehung einer Choroiditis ist, so bieten uns die durch Trauma entstandenen, als die gewöhnlichsten Formen bei der Erklärung keine Schwierigkeit; ebenso auch diejenigen Fälle nicht, die nach einer langdauernden Iritis mit Synechieen uns das Bild

einer mehr oder minder heftigen Irido-Choroiditis vor Augen führen; auch die zahlreichen Erkrankungen nach Syphilis dürften wohl kaum für den, der die mannigfachen Neubildungsprocesse bei Lues kennt, schwierig zu erklären sein. Dass von allen diesen ursächlichen Momenten hier nicht die Rede sein kann, bedarf nach der Krankengeschichte wohl kaum noch der Erwähnung. Wir haben es in dem vorliegenden Falle vielmehr wohl mit einer ganz genuinen Form von Choroiditis zu thun, die ich auf folgende Art zu erklären wage.

Bekanntlich setzt sich die Choroidea aus Bindegewebselementen, Pigment, Blutgefässen und Nerven zusammen. Findet nun irgend ein Reiz auf diesen Gewebscomplex statt, sei es dass derselbe vom Nerven, sei es dass er von einer Erkrankung der Gefässe ausgeht, was zu entscheiden ich mir nicht gestatten mag, so wird dieser Reiz immer eine mehr oder minder grosse Reaction der Gewebe und speciell der Blutgefässe hervorrufen. Wie aber jede Entzündung eine übernormale Function der betreffenden Gewebstheile bewirkt, die entweder in einer vermehrten Ausscheidung von Serum oder in einer Neubildung zelliger Elemente, als endogene Zellenneubildung sich bekundet, so auch hier, und mit Bestimmtheit nehme ich auch für diesen Process die genialen Forschungen Cohnheim's von der Auswanderung weisser Blutkörperchen bei Entzündung, sowie die globulöse Stase, bewirkt durch Verstopfung des Capillarrohres durch angehäufte Blutkörperchen, nach Hueter in Anspruch. Hierdurch wird einmal

deutlich die vermehrte Neubildung von zelligen Elementen, als auch die Transsudation von seröser Flüssigkeit erklärt. Es kann und wird dadurch eine festere, entzündliche Verwachsung zwischen Chloroidea und Retina, wie sie uns vor Augen liegt, stattfinden können, und die Ablösung dieser beiden Häute von der Sclera durch ein mehr oder weniger flüssiges Exsudat möglich sein. Dass aber überhaupt Ablösungen dieser Art erfolgen, das, glaube ich, ist wohl schon zur Genüge durch die von Ammon*) Stellwag**) Schweigger***) Virchow†), Knapp††) und Iwanoff†††) erwähnten Fälle dargethan und verzichte ich daher auf jede weitere Bemerkung. In dem vorliegenden Falle war nun ebenfalls die ganze Gefässhaut von der Sclera abgelöst, was wohl bei der langen Dauer des Processes nicht Wunder nehmen wird. Wenn ferner auch im Anfange unseres Krankheitsprocesses eine grössere Härte des Augapfels bestanden haben soll, so ist das ebenso leicht durch die stattgehabte Exsudation und und demgemäss vermehrten Inhalt zu erklären, als die bald darauf wahrnehmbare Weichheit des Bulbus auf eine Einschmelzung der zelligen Elemente, eine Verflüssigung des Glaskörpers mit Spannungsverminderung

---

*) v. Ammon Zeitschrift für Ophthalmologie Jahrg. 1832 B. II pag. 252.

**) Ophthalmologie 1856 B. II 1. pag. 427—432.

***) Archiv für Ophthalmologie B. III 2. pag. 430.

†) Archiv für Ophthalmologie B. IV 2. pag. 265.

††) Intraoculare Geschwülste pag. 194—200.

†††) Archiv für Ophthalmologie XI 1. pag. 191 und XV 2. pag. 15—46.

zu beziehen sein wird. Dass eine derartige Entzündung eine fortgeleitete, secundäre Iritis hervorrufen kann und wird, bedarf keiner Erklärung; ebenso auch nicht die Auflösung des Irispigments. Auch der Befund der spärlichen Kalkablagerungen in der Linse steht keineswegs vereinzelt da, tritt dieselbe ja doch nicht nur in der Linse, sondern oft genug und noch in weit höherem Grade in der Choroidea auf. Der gelbliche Schein, der uns durch die Pupille entgegenleuchtete, mag ebenfalls leicht dadurch seine Erklärung finden, dass das oben erwähnte, plastische Exsudat einen erhöhten Reflex des auffallenden Lichtes bewirken wird, und wird durch die der Linse abnorm nahe liegenden Elemente das Dunkele des Augenhintergrundes mehr in die Farbe des Vorgelagerten verwandelt werden können. Zu verwundern ist nur, dass Patient noch eine ganz schwache Lichtempfindung besass. Sollte dies nicht etwa, wie oben bereits angedeutet wurde, auf die durch die Flamme bewirkte Wärmestrahlung zurückzuführen sein, so müsste man wohl annehmen, dass die Netzhaut noch nicht vollkommen, wie es doch sonstgewöhnlich der Fall ist bei derartigen Processen, atrophirt, sondern noch fähig war, auf heftige Reize zu reagiren, oder dass auch vielleicht die mit abgelöste Choroidea die Netzhaut noch stellenweise in schwacher Function erhalten hatte.

Nach diesen ätiologischen und symptomatischen Erörterungen erübrigt uns noch, über die einzuschlagende Therapie Einiges zu sagen.

Kommt eine Choroiditis bereits im Anfangsstadium zur Behandlung, so ist wohl neben strenger Diätetik von einer ableitenden Kurmethode oder merkurielle Behandlung, in besonderen Fällen von einer Herabsetzung des intraoculären Druckes auf operativem Wege, durch eine Paracentesis oder Iridectomie, ein guter Erfolg, wenn nicht gar dauernde Heilung zu erwarten, wie dies durch viele günstige Resultate bewiesen ist. Aber leider suchen solche Patienten erst dann Hülfe, wenn sie bereits bedeutende Seh-Schwäche empfinden, oder wenn sie ihre Furcht vor einer etwaigen Operation überwunden haben. So kommt es denn auch, dass man meistens, wie auch in dem vorliegenden Falle, von einer derartigen Behandlung, weil erfolglos, Abstand nimmt und nur noch mehr die Beschwichtigung der hauptsächlich peinigenden Erscheinungen nämlich der Schmerzen erstrebt.

Treten nun aber plötzlich Erscheinungen auf, die auf ein lebhaftes Fortschreiten des Processes schliessen lassen und die immer heftiger werden, so wird man eine etwaige, sympathische Erkrankung des anderen Auges mit Recht zu fürchten haben. Bekannt ist, dass besonders traumatische Iridocyclitis nach einiger Zeit auch meist das andere noch gesunde Auge secundär erkranken macht. Ganz dasselbe kann und muss man, sicher auch von continuirlichen, wenn auch verhältnissmässig geringen, traumatischen Einflüssen, als welche ich auch fortwährende Blutergüsse betrachte,*)

*) Anmerkung d. Verf.: Auch v. Graefe führt wiederkehrende intraoculäre Haemorrhagien mit raschem Spannungswechsel als veranlassende Momente einer sympathischen Erkrankung des noch gesunden Auges an. Monatsbl. für Augenheilk. 1863 p. 448.

annehmen oder wenigstens fürchten, da sie doch einen anhaltenden Reizungszustand des Auges unterhalten. Unter solchen Umständen wird, auch ehe heftige Ciliarneuralgieen vorhanden sind, eine Operation, die ausser den bereits angedeuteten Vortheilen den besten Schutz gegen eine secundäre Erkrankung auch des gesunden Auges bietet am Platze sein; es ist dies die enucleatio bulbi.

Lebenslauf.

Joh. Heinrich Beyer, geboren den 14. December 1850 zu Hennersdorf, Kreis Lauban in Schlesien, Sohn des Bauerngutsbesitzers August Beyer und der Carolina, geb. Herschel, kath. Confession, besuchte zuerst die Schule seines Geburthortes, bis er zu Michaelis 1863 nach Gr. Glogau auf das kath. Gymnasium kam. Von demselben im August 1871 mit dem Zeugnisse der Reife entlassen, ging er nach Greifswald, um sich dem Studium der Medicin zu widmen und wurde daselbst unter dem Rectorate des Herrn Prof. Dr. Limpricht immatrikulirt und unter dem Decanate des Geh. Med. Raths Herrn Prof. Dr. Pernice in das Album der medicinischen Facultät eingeschrieben. Während des Wintersemesters 73—74 genügte er seiner halbjährigen Militairpflicht mit der Waffe beim Pomm. Jäger Bat. Nr. 2.

Am 23. Juli 1873 bestand er das tentamen physicum und am 1. Juli 1875 das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit nahm er Theil an den Vorlesungen und pract. Cursen resp. Kliniken bei folgenden Herren Docenten:

Budge, Landois, Roth, Münter, v. Feilitzch, Limpricht, Laurer, Grohe, Mosler, Hueter, Pernice, Schirmer, Eichstedt, Vogt, Haeckermann, Arndt, Haenisch, Sommer.

Allen diesen seinen hochverehrten Herren Lehrern spricht Verfasser hiermit seinen Dank aus.

Thesen.

I.

Bei Hydrocele ist die Punktion mit nachfolgender Injection von Carbolsäure das beste Verfahren.

II.

Bei Choroiditis chronica, die zur Erblindung geführt hat, ist, sobald neue Entzündungserscheinungen auftreten, die Enucleation indicirt.

III.

Bei krampfhafter Wehenschwäche verdienen die Narcotica die vollste Anwendung.